

University of Groningen

De invloed van de externe budgettering op de interne budgettering van academische ziekenhuizen

Crom, Ben

Published in:
Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2003

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Crom, B. (2003). De invloed van de externe budgettering op de interne budgettering van academische ziekenhuizen. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 77(1), 37-50.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Invloed van externe op interne budgettering academische ziekenhuizen

Ben Crom

SAMENVATTING Dit artikel beschrijft de interne budgettering van academische ziekenhuizen¹ vanuit het perspectief in hoe verre externe budgetparameters worden gebruikt bij de totstandkoming van interne budgetten. Academische ziekenhuizen blijken in dat opzicht sterk verschillende keuzes te maken. Die zijn niet terug te voeren op het nastreven van uiteenlopende doelstellingen zoals het gebruik van budgetten om te sturen en beheersen, maar op een dieperliggende invulling van die concepten. Ook blijken factoren zoals inzicht in productie en kosten een rol te spelen. Aangezien het bekostigingsregiem en daarmee ook de externe budgetparameters van academische (alsook algemene) ziekenhuizen binnen enkele jaren belangrijke veranderingen ondergaan, zijn deze bevindingen van belang te betrekken bij keuzes ten aanzien van de toekomstige inrichting van het interne budgetteringsinstrumentarium.

1 Inleiding

De aanleiding van dit onderzoek is een wijziging in de financiering, in de zin van bekostiging, van academische ziekenhuizen. Zowel algemene als academische ziekenhuizen staan aan de vooravond van een omschakeling van aanbod- naar vraagsturing en een financiering die daarop moet aansluiten. De huidige financiering van de academische ziekenhuiszorg is

met ingang van 1997 voor een belangrijk deel gebaseerd op het model dat wordt gehanteerd voor algemene ziekenhuizen (CTG 2000, p. 28), de zogenaamde functiegerichte budgettering (in het vervolg aan te duiden als FB-systematiek; in de bijgevoegde appendix is de betekenis van in dit artikel gebruikte afkortingen opgenomen). Dat heeft ertoe geleid, dat FB-parameters een rol spelen in de vaststelling van het externe budget van academische ziekenhuizen. In navolging van ontwikkelingen in de ziekenhuisfinanciering in het buitenland, waar zorgproducten een sterke rol zijn gaan spelen (zie Crom 2000 voor een inventarisatie van internationale ervaringen), zal de FB-systematiek op korte termijn grondige aanpassingen ondergaan (DBC 2002, VWS 2002). Met ingang van 2004² zullen diagnose behandeling combinaties (DBC's) als financieringsparameters worden toegepast. Patiënten die een gelijksoortige diagnose hebben en die voor diagnose en behandeling gebruikmaken van dezelfde diensten (activiteiten, medische verrichtingen, hulpmiddelen) van het ziekenhuis en de medisch specialist, worden getypeerd als een DBC. Vanuit het perspectief dat DBC's representatief moeten zijn voor de gemaakte ziekenhuiskosten, zou men mogen veronderstellen dat deze grootheden niet alleen een rol zullen gaan spelen in de externe financiering van ziekenhuizen, maar ook invloed zullen hebben op de middelenverdeling binnen de instellingen (de interne budgettering). Daarom is het interessant te analyseren in hoe verre ziekenhuizen onder de huidige FB-systematiek reeds koppelingen hebben gelegd tussen de externe financiering op grond van FB-parameters en de interne budgettering (vanaf heden aangeduid als de mate van koppeling) en op grond van welke motieven dat gebeurt. Die motieven zouden namelijk samen kunnen hangen met het specifieke karakter van de externe budgettering, maar daar ook los van kunnen staan. Afhankelijk van die uitkomst zullen DBC's meer of minder invloed hebben op de interne budgettering van academische ziekenhuizen.

Drs. B. Crom is universitair docent financieel management bij de Faculteit Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. De auteur dankt de geïnterviewde financieel-economisch directeuren en zorgmanagers van de academische ziekenhuizen voor hun medewerking aan het onderzoek. Tevens dankt hij de anonieme referent en Prof. Dr. J. van der Meer-Kooistra (RUG) en Prof. Dr. G. J. van Helden (RUG) voor hun aanbevelingen betrekking hebbend op een eerdere versie van dit artikel.

De volgende onderzoeksvragen staan in dit artikel centraal:

- 1 *In welke mate gebruiken academische ziekenhuizen FB-parameters bij de interne budgettering?*
- 2 *Proberen academische ziekenhuizen met het gebruik van FB-parameters in de interne budgettering een bijdrage te leveren aan het realiseren van de doelstellingen die de overheid nastreeft met de FB-systematiek?*
- 3 *Welke andere factoren spelen een rol bij de keus externe budgetparameters wel of niet toe te passen in de interne budgettering van academische ziekenhuizen?*

Het antwoord op de eerste onderzoeksvraag leidt tot een inventarisatie van de huidige situatie ten aanzien van de toegepaste mate van koppeling. De tweede en derde vraag gaan vervolgens in op het 'waarom' van die toepassing. De externe budgetparameters, zoals door de overheid gedefinieerd, zijn terug te herleiden tot individuele specialismen en organisatie-eenheden binnen het ziekenhuis. Deze parameters zijn een middel van de overheid om bepaalde doelstellingen op ziekenhuisniveau te realiseren. Als ziekenhuizen die doelstellingen steunen, zouden ze kunnen trachten die te realiseren volgens dezelfde doel-middelrelatie door hun organisatie-eenheden met hetzelfde middel (externe budgetparameters) te budgetteren. Met het antwoord op de tweede onderzoeksvraag wordt getracht hierin inzicht te geven. Het kan echter ook zijn dat ziekenhuizen de overheidsdoelen geheel niet steunen maar toch externe budgetparameters toepassen in hun interne budgettering. Ook kan het zijn dat ziekenhuizen de overheidsdoelen wel steunen, maar geen geloof hebben in de doel-middelrelatie: budgetparameters worden dan gezien als het verkeerde middel. Het antwoord op de derde onderzoeksvraag moet nader inzicht geven in deze achtergronden.

De onderzoeksvragen zijn van toepassing op zowel algemene als academische ziekenhuizen. Dit onderzoek concentreert zich op de academische ziekenhuizen, omdat de indruk bestaat dat academische ziekenhuizen ten opzichte van algemene ziekenhuizen een relatief sterk ontwikkeld accountinginstrumentarium hebben (Groot *et al.*, 1996). Ook is de toepassing van FB-parameters bij het bepalen van het externe budget van academische ziekenhuizen van relatief recente datum, hetgeen ook geldt voor de overwegingen die ten grondslag liggen aan het wel of niet gebruiken van budgetparameters voor interne budgettering.

De opbouw van dit artikel is als volgt. Eerst wordt de onderzoeksofzet verantwoord (paragraaf 2). Vervolgens wordt inzicht gegeven in de opbouw van het

externe budget van academische ziekenhuizen en de rol die FB-parameters daarin spelen (paragraaf 3), waarna wordt aangegeven in hoeverre in de interne budgettering die parameters een rol spelen (paragraaf 4). Daarmee is de eerste onderzoeksvraag beantwoord. Aandacht zal worden besteed aan het feit waarom alle ziekenhuizen kiezen voor een mutatie-systematiek (paragraaf 5). Ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag zal worden nagegaan in hoeverre ziekenhuizen een bijdrage proberen te leveren aan het realiseren van overheidsdoelstellingen door FB-parameters toe te passen in hun interne budgettering (paragraaf 6). Vervolgens zal worden ingegaan op andere factoren die een rol spelen (paragraaf 7) waarmee de derde onderzoeksvraag is beantwoord. Het artikel wordt afgesloten met de belangrijkste conclusies (paragraaf 8) en een korte reflectie van de auteur (paragraaf 9).

2 Onderzoeksofzet

Het verzamelen van data heeft plaatsgevonden met behulp van semi-gestructureerde interviews. Per academisch ziekenhuis zijn twee interviews van ieder circa twee uur afgenomen. Het eerste interview heeft plaatsgevonden met de financieel-economisch directeur, met als doel inzicht te krijgen in de toegepaste interne budgetteringssystemen met als hoofddaccent de mate van koppeling en de achtergronden daarvan. Het tweede interview is afgenomen met een directeur/manager die verantwoordelijk is voor het beheer van de middelen van een divisie (ook clusters of zorg-eenheden genoemd) en aan wie de hoofden van zorgafdelingen verantwoording afleggen. Vanwege taalkundige eenvoud worden in dit artikel de termen zorgmanager en divisie gehanteerd. De meeste ziekenhuizen kennen een divisiestructuur welke is gevormd rond bij elkaar behorende medisch-specialistische afdelingen. Het gesprek met de zorgmanager had als doel verdiepend inzicht te krijgen in het gebruik van het interne budgetteringssysteem. Voor de Raad van Bestuur (RvB) en de financieel-economisch directeur is deze zorgmanager namelijk het primaire aanspreekpunt van de gebudgetteerde divisie. Bovendien is hij als gebruiker en (mede)architect van het budgetteringsinstrumentarium *binnen* de divisie een belangrijke hoofdrolspeler. Overigens ontbreekt bij één ziekenhuis de divisiestructuur, daarom is voor dit ziekenhuis een lid van de RvB geïnterviewd.

Om een uitspraak te doen over de mate van koppeling zijn vooral die specialismen van belang die te maken hebben met productieparameters binnen de

budgetparameters. In algemene zin is dat van toepassing op zogenaamde poortspecialismen: specialismen waar de patiënt als eerste mee in aanraking komt na verwijzing door de huisarts. Waar over medisch specialismen wordt gesproken, worden derhalve poortspecialismen bedoeld, tenzij uitdrukkelijk anders wordt vermeld.

Het budget voor het jaar 2001³ is als uitgangspunt genomen, omdat ten tijde van het onderzoek de effecten van realisatie van die budgetten bekend waren.

3 De externe budgettering van academische ziekenhuizen

Waar bij algemene ziekenhuizen het accent ligt op reguliere patiëntenzorg, bestaan de kerntaken van een academisch ziekenhuis uit het verlenen van topklinische⁴ en topreferente zorg, het opleiden van (basis)artsen en medisch specialisten (de zogenaamde werkplaatsfunctie) en het verrichten van onderzoek ten behoeve van zorgontwikkeling (ontwikkelfunctie). Topklinische zorg is zorg welke vanwege haar bijzonder specialistische karakter ook bijzondere voorzieningen (personeel, materieel) vereist. Het gaat om hooggespecialiseerde, veelal dure zorg die bestemd is voor een beperkte patiëntenpopulatie en daardoor een bovenregionaal verzorgingsbereik heeft. Topreferente zorg heeft betrekking op de beschikbaarheid van 'last resort': patiënten die vanwege complicatie of zeldzaamheid van aandoeningen niet terecht kunnen in een algemeen ziekenhuis vallen voor diagnostiek en behandeling terug op het academisch ziekenhuis. Als gevolg van complexe pathologie vereist het verlenen van topreferente zorg het met elkaar samenwerken van diverse topklinische specialismen (VWS 2000, pp. 20 en 23). Reguliere zorg wordt in een academisch ziekenhuis ook verleend, namelijk ten behoeve van de werkplaats- en ontwikkelfunctie en het doelmatig kunnen exploiteren van dure zorgvoorzieningen. Het verlenen van reguliere zorg is derhalve meer een middel dan een doel op zich voor een academisch ziekenhuis.

De financiering van onderwijs en onderzoek, waarbij het academisch ziekenhuis fungeert als werkplaats voor de faculteit Geneeskunde (Medische Wetenschappen), vindt sinds 1997 plaats via het zogenaamde *Rijksbijdragemodel* (RBM). Waar het de reguliere en topklinische zorg betreft, loopt de financiering van academische ziekenhuizen in grote mate parallel met die van algemene ziekenhuizen. Beide categorieën ziekenhuizen kenden tot aan 1983 een stelsel van *tarief-financiering*, waarbij de kosten van het ziekenhuis werden vergoed op basis van tarieven voor verpleeg-

dagen en specifieke verrichtingen. Aan deze openeindfinanciering kwam in 1983 een einde met de invoering van de *budgetfinanciering*. De ziekenhuizen kregen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een jaarlijks budget waaruit de te verlenen zorg moest worden gefinancierd. Deze wijze van financiering kreeg nader gestalte met de invoering van de *functiegerichte budgettering* in 1988 voor de algemene ziekenhuizen en in 1997 voor de academische ziekenhuizen (deze vertraagde invoering heeft onder andere te maken met de problematiek van het niet-aansluiten van deze bekostigingswijze op de specifieke academische zorgtaken). Met de invoering van de FB-systematiek heeft de overheid aanvankelijk getracht de volgende doelstellingen te realiseren (NZi 1998, VWS 1998 paragraaf 5):

- 1 het beheersen van de macrokosten;
- 2 het vereenvoudigen van de externe financiering (verminderen overheadkosten);
- 3 het creëren van flexibiliteit op lokaal niveau door variabilisering van een deel van het budget;
- 4 het verstrekken van een reële vergoeding voor gemaakte kosten;
- 5 het voorkomen van ondoelmatige productie (zoals overbodige verrichtingen);
- 6 het stimuleren van doelmatige productie (door middel van nacalculatie en concurrentie);
- 7 het vergemakkelijken van de overstap van academische ziekenhuizen naar de DBC-systematiek.

Bij het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag zal in paragraaf 6 nader op deze doelstellingen worden ingegaan. De budgettering krijgt weer een openeindkarakter met de invoering van de zogenaamde *nacalculatie* in 2001. Niet langer bepaalt het budget maar de feitelijk gerealiseerde productie de definitieve omvang van het productiegebonden deel van het ziekenhuisbudget (CTG 2001, p. 6). De reden hiervoor is dat de overheid tracht de productie te stimuleren (lees: wachtlijsten weg te werken).

Samenvattend ontstaat het volgende beeld van het externe budget van academische ziekenhuizen, zie ook tabel 1⁵ op p. 40. Een deel van dat budget (component a) wordt bepaald door de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCenW) met behulp van het Rijksbijdragemodel. Het andere deel (componenten b t/m g) wordt bepaald door de minister van VWS en is bestemd voor de bekostiging van patiëntenzorg. Voor dit deel is de bepaling van de hoogte van de tarieven door de overheid neergelegd bij het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De FB-systematiek richt zich op de componenten (b) en (c) en bestrijkt

Tabel 1. Opbouw Externe budget 2001 van een gemiddeld academisch ziekenhuis (enkelvoudig, zie eindnoot 1)

Budgetcomponenten	in % totale budget (afgerond)	parameters
(a) Rijksbijdrage (werkplaatsfunctie)	15	divers
(b) Reguliere zorg		
• beschikbaarheid	3	adherentie (inwoners)
• functiegebonden	11	specialisteenheden
• capaciteitsgebonden	2	erkende bedden
• productiegebonden		
- opnamen	6	opnamen
- verpleegdagen	3	verpleegdagen
- 1ste polikliniekbezoeken	3	1ste polikliniekbezoeken
- dagbehandelingen	1	dagbehandelingen
- diverse verrichtingen	0	o.a. heup, knie
(c) Topklinische zorg (WBMV)		
• capaciteitsgebonden	2	erkende capaciteiten
• productiegebonden	7	verrichtingen
(d) Academische zorg (toppreferent)	15	vast budget
(e) Rente en afschrijving	9	divers
(f) Artskosten honoraria	12	o.a. aantal specialisten
(g) Overig	11	divers
Totaal	100	

daarmee voor een gemiddeld academisch ziekenhuis bijna 40% van het totale budget (zie eindnoot 1). De helft daarvan, dus ongeveer 20%, heeft betrekking op zogenaamde productieparameters. De werkelijke zorgproductie is met ingang van 2001 bepalend voor de definitieve omvang van deze opbrengsten.

Ten aanzien van de hoogte van de diverse budgetcomponenten kan het volgende worden opgemerkt. De omvang van de Rijksbijdrage (a) is genormeerd. De componenten (b) en (c) vallen onder de FB-systeemmatiek waarbij wordt getracht de financiering aan te laten sluiten bij de specifieke functies van het ziekenhuis. Voor de reguliere zorg (b) wordt onderscheid gemaakt naar een beschikbaarheidcomponent (kosten die worden gemaakt in verband met het in stand houden van basale functies van het ziekenhuis zoals huisvesting), functiegebonden kosten (kosten welke samenhangen met de functie-uitoefening door de medisch specialist), capaciteitsgebonden kosten (kosten die verband houden met de capaciteit van het ziekenhuis en haar hotelfunctie zoals voeding van patiënten en schoonmaak) en productiegebonden

kosten (kosten die samenhangen met de productie zoals personeelskosten van verpleging, gebruik van geneesmiddelen, verbandmaterialen en andere patiëntgebonden kosten). Ter financiering van de topklinische zorg (c) worden zowel capaciteits- als productiegebonden kosten onderscheiden. De hoogte van de vergoeding voor toppreferente zorg (d) wordt beleidsmatig vastgesteld. De vergoedingen voor rente en afschrijving (e) en artskosten honoraria (f) hebben betrekking op de kapitaalslasten van gebouwen en infrastructuur respectievelijk het loon van medisch specialisten.

Het is overigens moeilijk vast te stellen of de ontvangen budgetcomponenten ook daadwerkelijk worden besteed aan het doel waarvoor ze zijn verstrekt. De grenzen tussen de genoemde kerntaken van een academisch ziekenhuis zijn niet scherp af te bakenen vanwege de sterke onderlinge verwevenheid. De topklinische en toppreferente functies staan bijvoorbeeld mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek. Deze verwevenheid maakt het erg lastig de financiering adequaat op de diverse functies af te stemmen.

Mutaties in het externe budget worden vooral bepaald door de variabele grootheden, te weten de variabele productieparameters voor de reguliere en topklinische productie (zie vetgedrukte regels in tabel 1). De overige FB-parameters hebben een meer vast karakter en muteren nauwelijks. De mate van koppeling wordt daarom in dit artikel geoperationaliseerd aan de hand van de variabele parameters. De invloed van deze parameters is in de loop der tijd toegenomen. De invoering van de FB-systematiek voor de academische ziekenhuizen vond in 1997 budgetneutraal plaats. Eventuele verschillen tussen het nieuw berekende FB-budget en het historische budget werd via compenserende regelgeving aan het ziekenhuisbudget toegevoegd (CTG 2000, p. 29). De FB-systematiek is dus vooral van invloed geweest op de mutaties in het budget vanaf 1997, niet op de absolute hoogte ervan in 1997. Aangezien onderhandelingen met de zorgverzekeraar over de omvang van de reguliere en topklinische zorg invloed hebben op de hoogte van het budget, zijn de academische ziekenhuizen vanaf dat moment in staat via deze componenten de hoogte van hun budget te beïnvloeden. Productiegroei die tot aan 1997 niet werd gehonoreerd, leidde dus vanaf dat moment tot extra opbrengsten. Vanwege de systematiek van budgetfinanciering (het afgesproken budget en niet de werkelijke productie bepaalt de opbrengsten) zijn tot en met 2000 de risico's van het niet realiseren van de productie voor het lopende jaar nihil. Daarin is met de invoering van de eerder genoemde nacalculatie in 2001 drastisch verandering gekomen. Vanaf dat moment bepaalt de werkelijke hoogte van de FB-parameters (dus de werkelijke productie) bij de afrekening van het afgelopen jaar op hoeveel middelen het ziekenhuis recht heeft. Daarmee is de invloed van de FB-parameters sterk toegenomen, omdat ook de lopende exploitatie c.q. die van het vorige jaar (afrekening) wordt beïnvloed. Zowel de kansen als de bedreigingen zijn in financieel opzicht toegenomen.

4 Interne budgetteringssystemen in academische ziekenhuizen

In deze paragraaf zal nader worden ingegaan op de mate van koppeling tussen het externe en interne budget. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar twee organisatorische niveaus, namelijk divisies (welke worden aangestuurd door de RvB) en afdelingen (vallend onder het divisie management). Uit de interviews is gebleken dat bij alle ziekenhuizen de RvB samen met haar financiële staf het model bepaalt volgens welke de divisies worden gebudgetteerd. Wel is in de meeste gevallen sprake van een nadrukkelijk

consulerende rol van het divisie management. De divisies zijn echter vrij in de wijze waarop ze hun zorgafdelingen budgetteren. Daarom wordt aan beide niveaus aandacht besteed. Omwille van de omvang van dit artikel zal in het vervolg het accent liggen op de budgettering van divisies door de RvB.

4.1 Budgettering van divisies

Bij alle acht academische ziekenhuizen bepaalt de historie in sterke mate de hoogte van het divisie budget. Bij geen enkel ziekenhuis zijn bij de invoering van de FB-systematiek in 1997 de budgetten herberekend door vermenigvuldiging van de op de desbetreffende divisies van toepassing zijnde FB-parameters met een bepaalde waarde (hetzij het CTG-tarief of een percentage daarvan, hetzij een interne prijs). Dat zou technisch gesproken mogelijk zijn geweest, doordat veel parameters op specifieke afdelingen zijn te herleiden. De ziekenhuizen blijken echter sterk vast te houden aan historisch gegroeide budgetten. Invoering van de FB-systematiek heeft dus intern geen grote budgetverschuivingen tot stand gebracht. Alle acht ziekenhuizen passen bij hun interne budgettering een incrementele wijze van budgetteren toe: de budgetten van divisies worden bepaald door het gerealiseerde budget van het voorgaande jaar waar vervolgens mutaties op worden aangebracht (Groot *et al* 1999, p. 112). De wijze waarop die mutaties tot stand komen en meer specifiek de rol die FB-parameters daarin spelen, verschilt echter per ziekenhuis. Op grond van hetgeen is geïnventariseerd bij de academische ziekenhuizen, kan die invloed als volgt worden gecategoriseerd (zie tabel 2, p. 42):

- I De reguliere en topklinische productieparameters spelen geen rekenkundige rol in het tot stand komen van budgetmutaties. Gekeken wordt naar de meer/minder activiteiten ten opzichte van het voorgaande jaar als gevolg van veranderingen in de productie. Vervolgens wordt bepaald wat de invloed van die verandering is op de totaal benodigde productiemiddelen (voor personeel bijvoorbeeld het aantal fulltime equivalents) en de kosten daarvan. De hoogte van de meer/minder kosten is dan bepalend voor de budgetaanpassing. Er is hier dus geen sprake van koppeling.
- II Volumemutaties in de reguliere en topklinische productieparameters, vermenigvuldigd met een vast intern berekend tarief, vormen het bedrag waartegen het budget wordt gecorrigeerd. Deze interne tarieven zijn gebaseerd op berekening van de marginale kosten per eenheid. Er is hier dus een gedeeltelijke koppeling: wel de productieparameters, maar niet de CTG-vergoedingen worden gebruikt. Dit model onder-

scheidt zich van I op een aantal punten. Bij I kunnen ook de marginale kosten per eenheid worden bepaald, maar dan zijn die een afgeleide en niet het uitgangspunt voor de berekening van de budgetmutatie. Bovendien wordt bij I de berekening per significante uitbreiding steeds opnieuw gemaakt, terwijl bij II de stuksprijs vaststaat en structureel is.

- III Budgetmutaties worden bepaald door volumemutaties in de reguliere en topklinische productieparameters, vermenigvuldigd met (een percentage van) het CTG-tarief (waaronder 100%). Zowel volume als prijs zijn gebaseerd op de externe parameters, er is sprake van een sterke koppeling. Dit model onderscheidt zich van II, doordat bij III expliciet een relatie wordt gelegd met de CTG-vergoeding welke niet het uitgangspunt is bij II.

Ziekenhuizen blijken verder onderscheid te maken in de budgettering van hun personele en materiële kosten (in tabel 2 aangegeven als p respectievelijk m). De

totale vergoeding van het CTG is overigens ook opgebouwd uit een afzonderlijke personele en materiële component.

Zoals uit tabel 2 blijkt, maken de academische ziekenhuizen in verschillende mate gebruik van de FB-parameters bij het bepalen van de omvang van interne budgetmutaties. Bij ziekenhuizen A, B, C en D is een sterke koppeling tussen mutaties in het externe ziekenhuisbudget en mutaties in het interne divisiebudget: de veranderingen in de reguliere en topklinische productie en de daaraan gekoppelde vergoedingen worden als percentage van het CTG-tarief direct doorgegeven aan de divisies (model III). Ziekenhuis A heeft zelfs besloten dat percentage in 2002 op te trekken naar 100%. Een zelfde voornemen is in onderzoek bij ziekenhuis C, waar in incidentele gevallen model II wordt toegepast voor de topklinische productie. Ziekenhuis D stelt de budgetmutatie voor de reguliere zorgproductie vast op basis van (gewogen)

Tabel 2. Mutatiesystematiek interne budgettering. De rol van externe productieparameters bij de bepaling van mutaties in interne budgetten (p = personele kosten, m = materiële kosten)

Ziekenhuis	Productieparameters	I Geen koppeling	II Gedeeltelijke koppeling	III Koppeling
A	regulier topklinisch			85% p+m 85% p+m
B	regulier topklinisch			50% p + 100% m 50% p + 100% m
C	regulier topklinisch		(p+m)	80 en 100% p+m 80 en 100% p+m
D	regulier topklinisch			percentage p+m 100% p+m
E	regulier topklinisch	p+m p+m		
F	regulier topklinisch	p+m		80% p+m
G	regulier topklinisch	p p + deel m	m deel m	
H	regulier topklinisch	p+m p+m		

productieparameters en van de budgetparameters afgeleide vergoedingen. Ziekenhuis D stelt jaarlijks een uniform te hanteren percentage vast op grond van de berekende kosten van de reguliere zorg in relatie tot de totale CTG-vergoeding van deze zorg. Ziekenhuizen E en H leggen geen rechtstreekse rekenkundige relatie met de externe budgetparameters (model I). Dat neemt niet weg dat deze ziekenhuizen wel degelijk de invloed van de FB-parameters op het externe budget in beschouwing nemen bij het toekennen van budgetmutaties, zie ook paragraaf 7 punt b. De ziekenhuizen F en G passen meerdere mutatiesystematieken toe. Ziekenhuis F maakt daarbij onderscheid naar aard van de productie (regulier versus topklinisch), ziekenhuis G vooral naar aard van de kosten (personeel versus materieel) en naar aard van verschillende topklinische verrichtingen.

Gezien het historisch vertrekpunt lijkt de invloed van de mutatiesystematiek op de interne budgetten niet groot. Echter het ziekenhuis wordt extern via de nacalculatie afgerekend op verschillen tussen werkelijk gerealiseerde en de afgesproken *totale* productie. Het kan dan om aanzienlijke mutaties gaan, zowel in positieve als negatieve zin. Die werkelijke mutaties kunnen dus ook groter zijn dan begroot. Middelen plussen en minnen zich op ziekenhuisniveau misschien uit, voor individuele divisies kunnen de verschillen groot zijn. Waar het gaat om lagere dan afgesproken productie is het voor divisies lastig om in de lopende exploitatie te snijden (om maar niet te spreken van het inleveren van middelen achteraf). Dat probleem is groter naarmate het aandeel van de vaste kosten hoog is, hetgeen voor de meeste divisies geldt. Bovendien zullen divisies niet direct hun productiecapaciteit af willen of kunnen bouwen bij een incidentele terugval. Sterker nog, het ontbreken van voldoende specialistisch personeel is vaak debet aan het niet kunnen halen van de productie, waardoor het extra zuur is dat ziekenhuizen hun vaste kosten niet kunnen dekken door teruglopende opbrengsten. Verder moet worden bedacht dat productie-uitbreidingen betrekking kunnen hebben op zowel uitbreiding van bestaande zorg als op het aanbod van nieuwe zorgvormen. Bij dat laatste gaan de ontwikkelingskosten vaak voor de baat uit (voorfinanciering vindt plaats uit gunstige marges op lopende productie). Om dit haasje-over-effect in stand te houden, is het essentieel dat nieuwe zorg adequaat wordt gehonoreerd. Negatieve mutaties leiden derhalve snel tot beheersmatige problemen, terwijl positieve van belang zijn voor de instandhouding van beleidsontwikkeling.

4.2 Budgettering van afdelingen binnen divisies

Opmerkelijk is, dat binnen de ziekenhuizen A t/m D de geïnterviewde zorgmanagers het budgetteringsmodel dat organisatiebreed voor de verdeling van middelen over divisies wordt gehanteerd, niet zonder meer toepassen bij de verdeling van middelen over de afdelingen binnen hun divisie. Weliswaar wordt ook een mutatiesystematiek door de zorgmanagers toegepast, maar budgetmutaties voor de afdelingen worden bepaald op basis van de werkelijke extra kosten. Het accent verschuift van een toepassing van model III op divisieniveau naar een toepassing van model I (en II) op afdelingsniveau. Wat verder opvalt, is dat de geïnterviewde zorgmanagers van de ziekenhuizen A t/m D afwijken van het concernmodel, maar dat dat niet per se geldt voor hun collega-zorgmanagers van andere divisies binnen hun ziekenhuis. Sommige wijken af van het concernmodel, terwijl andere dat model sterk volgen bij de budgettering van afdelingen. Bij ziekenhuizen E en H budgetteren de divisies hun afdelingen volgens het concernmodel. De zorgmanager in ziekenhuis F geeft alleen de materiële component één op één door aan de afdelingen; de personele kosten worden gebudgetteerd volgens model I. Overigens worden ook binnen dit ziekenhuis afwijkende modellen door divisies gehanteerd. Bij ziekenhuis G worden de afdelingen gebudgetteerd conform de systematiek zoals aangegeven in tabel 1.

Als antwoord op de eerste onderzoeksvraag kan worden geconcludeerd, dat academische ziekenhuizen zich van elkaar onderscheiden in de mate waarin ze externe budgetparameters toepassen bij de budgettering van hun divisies. Voorts worden die concernmodellen niet zonder meer door het divisie-management gekopieerd bij het budgetteren van afdelingen. Gemiddeld genomen blijken de externe budgetparameters bij de budgettering van afdelingen door het divisie-management een veel minder sterke rol te spelen dan bij de budgettering van divisies door de RvB.

5 Waarom de keus voor een mutatiesystematiek?

Zoals in paragraaf 4.1 is beschreven, is bij geen van de academische ziekenhuizen de invoering van de FB-systematiek in 1997 aanleiding geweest het totale budget van divisies (voorzover dat door FB-parameters wordt bepaald) te herijken. De ziekenhuizen blijken sterk vast te houden aan historisch gegroeide divisiebudgetten. De financieel-economisch directeurs geven daarvoor een aantal redenen. Belangrijk

is het ontbreken van een echte noodzaak, omdat de invoering van de FB-systematiek voor de academische ziekenhuizen budgetneutraal is verlopen. Er is geen pijn op totaalniveau die intern verdeeld moet worden. Een andere reden is dat de invoering van een compleet nieuwe budgetteringssystematiek alle cijfers ter discussie zou stellen. Die discussie zou de implementatie van verbeteringen in het budgetteringssysteem sterk vertragen, zo niet onmogelijk maken. De meeste ziekenhuizen kiezen liever voor een traject van kleine stapjes vooruit. Historische ontwikkelingen in combinatie met de specifieke aard van het academisch ziekenhuis spelen hier een rol. Ziekenhuizen kennen namelijk een relatief korte historie van budgettering (sinds begin jaren tachtig) en daaruit voortkomende relatieve schaarste, waardoor ook het professioneel management van middelen pas twee decennia oud is. De opkomst van specifiek op ziekenhuizen gerichte managementinstrumenten, zoals de meting van zorgzwaarte, is ook pas van recente datum. Bovendien moeten dergelijke instrumenten hun weg vinden in een complexe organisatie met complexe producten. Ziekenhuizen hebben daardoor eigenlijk geen andere keus dan veranderingen in kleine stapjes door te voeren. Een ander probleem is dat een nieuw systeem van intern budgetteren tot uitkomsten leidt welke kunnen afwijken van de bestaande hoogte van interne budgetten. Daardoor ontstaat de noodzaak middelen te heralloceren. De vraag is of dergelijke herallocaties zijn te realiseren: veel ziekenhuiskosten zijn vast. Bovendien wordt met te heralloceren middelen mogelijk veel goeds gedaan dat niet in de FB-parameters tot uitdrukking komt. Dat goeds wordt door machtige partijen in het ziekenhuis (medisch specialisten) gekoesterd en verdedigd. In het verlengde hiervan plaatsen ziekenhuizen veel vraagtekens bij het feit of FB-parameters een goede afspiegeling zijn van de productie en zo dat al het geval is, of de vergoedingen de kosten adequaat dekken (zie de in paragraaf 3 aangegeven problematiek van het door elkaar heen lopen van kerntaken). Overigens neemt een en ander niet weg dat zowel bij de financieel-economisch directeuren als de zorgmanagers veel onvrede heerst over de keus voor incrementele budgettering. Die onvrede betreft niet de wijze van bepaling van jaarlijkse mutaties (het increment), maar het historisch budget waarop die worden aangebracht. Het gevoel bestaat dat de in het verleden ontstane verhouding tussen activiteiten en middelen grote, niet te rechtvaardigen verschillen tussen divisies laat zien. Men schrikt om bovengenoemde redenen echter terug voor drastische aanpassing van het historisch vertrekpunt.

6 Verschil in doelstellingen als verklaringsgrond?

Bij de beantwoording van de vraag waarom ziekenhuizen wel of geen koppeling aanbrengen, zijn de doelstellingen die het ziekenhuis nastreeft met de interne budgettering vergeleken met de doelstellingen die de overheid nastreeft met de externe budgettering. Een verschil in de mate van koppeling zou dan zijn verklaringsgrond kunnen hebben in de mate waarin ziekenhuizen wel of niet de doelstellingen van de overheid met de FB-systematiek nastreven. Vanuit hun ondersteunende positie voor de RvB is de financieel-economisch directeuren⁶ een aantal mogelijke doelstellingen voorgelegd met de vraag in hoeverre die worden nagestreefd bij de interne budgettering van divisies (score van 1 = laag tot 5 = hoog op Likert-scale; tevens mogelijkheid gm = geen mening aan te geven). De eerste zeven doelstellingen zijn afgeleid van doelstellingen die de overheid beweert na te streven met de FB-systematiek (zie paragraaf 3) en min of meer gelijkkluidend geformuleerd op ziekenhuisniveau (bijvoorbeeld doelstelling 1 is geformuleerd als het beheersen van de totale ziekenhuiskosten).

Aan dit lijstje zijn nog twee doelstellingen toegevoegd, te weten

- 8 het realiseren van een middelenverdeling waarbij discussies over het te realiseren beleid worden voorkomen;
- 9 het stimuleren van beleidsmatig (en/of financieel) interessante productie.

Doelstelling 8 is toegevoegd vanuit de optiek dat de organisatiecultuur mede van invloed kan zijn op het gebruik van budgetparameters. Als er een cultuur heerst van consensus en solidariteit, dan is er een onderhandelingsklimaat om tot een aanvaardbare interne middelenverdeling te komen. De externe budgetparameters hebben vanuit dat perspectief minder relevantie. De diverse belangengroepen komen echter niet tot een oplossing als het binnen het ziekenhuis moeilijk is tot goede dialogen te komen en er een sfeer heerst van 'ieder voor zich'. Als alternatief kan dan worden teruggegrepen op een neutrale en objectieve set van rekenregels. In plaats van discussies aan te moedigen, wordt getracht met de interne budgettering discussies te vermijden. Doelstelling 9 is opgenomen vanuit het perspectief van sturing: ziekenhuizen kunnen met hun interne budgettering ook beleidsmatige ontwikkelingen proberen te sturen door bijvoorbeeld bepaalde zorgvormen te stimuleren c.q. af te remmen.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt, dat de meeste doelstellingen (1 en 3 t/m 6) die in het verlengde van die van de overheid liggen, relatief hoog⁷ scoren. Alleen doelstellingen 2 en 7 scoren laag. Van de toegevoegde doelstellingen scoort 8 laag, terwijl bij 9 de spreiding in mate van nastreven groot is (een spreiding die overigens niet samenhangt met de indeling volgens de in paragraaf 4.1 genoemde modellen I t/m III). De gemengde score op doelstelling 9 is opmerkelijk, omdat de financieel-economisch directeuren de mogelijkheid is geboden zelf eventueel ontbrekende doelstellingen toe te voegen. Bijna allen gaven hierbij aan dat de interne budgettering fungeert als middel om het organisatiebeleid te realiseren (realisatie planning & control-cyclus). Blijkbaar komen de elementen sturing en beheersing in de verschillende doelstellingen niet voldoende tot uitdrukking. Er blijken derhalve duidelijke accentverschillen te zitten in het wel of niet nastreven van bepaalde doelstellingen, maar dat onderscheid hangt niet samen met het gebruik van de modellen I t/m III. De doelstellingen van de financieel-economisch directeuren zijn dus sterk eensluidend op het gegeven abstractieniveau, maar de middelen om die te realiseren (i.c. de modellen I t/m III besproken in paragraaf 4.1) zijn verschillend.

Als antwoord op de tweede onderzoeksvraag kan worden geconcludeerd, dat

- a de doelstellingen die de ziekenhuizen nastreven met de interne budgettering sterk in het verlengde liggen van de doelstellingen die de overheid nastreeft met de externe budgettering, maar dat dat niet als consequentie heeft dat alle ziekenhuizen FB-parameters gebruiken bij de interne budgettering;
- b het verschil in de mate van koppeling niet kan worden verklaard met het nastreven van verschillende doelstellingen zoals bovenstaand geformuleerd, maar andere oorzaken heeft welke in de volgende paragraaf zullen worden besproken.

7 Wat bepaalt de wijze van budgettering van divisies?

Uit het onderzoek blijkt dat een nadere invulling van doelstellingen een goede verklaring biedt voor de keus van verschillende budgetteringsmodellen genoemd in paragraaf 4.1, tezamen met de perceptie welk budgetteringsmodel in relatie tot de condities waaronder het moet functioneren, het meest effectief is die doelstellingen te realiseren. Uit de interviewresultaten komen als antwoord op de derde onderzoeksvraag onderstaande punten naar voren.

a Visie op sturing

De keus voor het budgetteringsmodel wordt in belangrijke mate bepaald door de besturingsfilosofie van de RvB. Ziekenhuizen die model III toepassen, vinden het van groot belang dat financiële prikkels op ziekenhuizen en divisieniveau gelijkgericht zijn. Daarmee wordt het realiseren van gemaakte productieafspraken met de zorgverzekeraar gestimuleerd. Bovendien wordt in de optiek van koppellende ziekenhuizen door de gelijkgerichte financiële prikkel de maatschappelijke taak van het ziekenhuis naar binnen toe vertaald. Ziekenhuizen geven hiermee aan welke productie beleidsmatig wenselijk is (doelstelling 9) en zien koppeling als een middel om dat te realiseren. Dat FB-vergoedingen vaak niet overeenstemmen met kostprijzen, neemt men voor lief. Positieve marges motiveren en stimuleren productie. Uit die marges kan de beleidsontwikkeling van nieuwe taken worden gefinancierd. Bovendien kunnen die plussen de minnen van andere productie op divisieniveau uitmiddelen. Toepassing van model III lijkt een sterke sturing van de productie op basis van geld te impliceren. De ziekenhuizen die model III toepassen, geven echter aan dat ook bij toepassing van dit model er wel degelijk zorginhoudelijke sturing plaatsvindt door de RvB. Die kan namelijk haar invloed doen gelden door te bepalen in hoeverre ze wel of niet bepaalde voorstellen vanuit de divisies zal verdedigen bij de zorgverzekeraar bij het maken van productieafspraken. Verder geeft ziekenhuis B aan, dat financiële prikkels pas effect hebben als medisch specialisten inzicht hebben in de zorginhoudelijke effecten van productieveranderingen.

Ziekenhuizen die de FB-parameters niet of nauwelijks een rol laten spelen bij het bepalen van budgetmutaties (met name model I, zie paragraaf 4.1), geven aan hun inhoudelijke beleid op hun kerntaken (doelstelling 9) niet te willen laten frustreren door verkeerde financiële prikkels van een in hun ogen achterhaald systeem. Koppeling is dus een verkeerd middel om het gewenste beleid te realiseren. Zij benadrukken de slechte meetbaarheid van de output in termen van FB (weinig differentiatie bij reguliere zorg, willekeur bij topklinisch) en het feit dat vergoedingen niet overeenkomen met de extra kosten. Sturing vanuit financiële prikkels is alleen wenselijk voorzover dat spoort met beleidsmatige keuzes die zijn gebaseerd op inhoud. Aan die eis voldoet de FB-systematiek meestal niet: bepaalde beleidsmatig gewenste ontwikkelingen zouden dan door gebrek aan financiering niet van de grond komen, terwijl ongewenste (niet in het academisch zorgprofiel passende) productie zou kunnen worden gestimuleerd. Door niet alle middelen één op één intern door te geven, kan de RvB bovendien een

grote centrale beleidsruimte aanhouden voor het stimuleren van nieuwe ontwikkelingen. Divisies concurreren met creatieve voorstellen om deze middelen, welke een essentiële rol spelen bij het zo goed mogelijk waarmaken van de academische functie, zijnde het bestaansrecht van een academisch ziekenhuis. Verder is de angst groot voor het ontstaan van allerlei 'losse ziekenhuisjes' binnen het grote ziekenhuis bij een te rekenkundige benadering van budgetten.

b Visie op kostenbeheersing

Aan de beheersmatige functie van budgetten (doelstelling 1) wordt door alle ziekenhuizen veel waarde gehecht. Verschillende ziekenhuizen zijn in het verleden in de problemen gekomen, doordat ontwikkelingen in nieuwe zorg niet volledig in het budget werden vergoed. Er zit nauwelijks meer rek in de budgetten om tegenvallers op te vangen, onder andere als gevolg van het steeds sterker uit de pas lopen van kostprijzen en vergoedingen (zie punt a). De RvB in de meeste ziekenhuizen speelt op zekerheid: de angst voor tekorten is groot. Door de invoering van de nacalculatie in 2001 is het risicoprofiel van de academische ziekenhuizen verslechterd. Ze zijn daardoor gedwongen meer aandacht te besteden aan kostenbeheersing en het nadrukkelijker maken van keuzes welke zorg wel en niet te leveren, waarbij ook in het verleden gemaakte keuzes ter discussie staan. Financierbaarheid is voor alle ziekenhuizen een nadrukkelijker randvoorwaarde geworden. Zo zou het vanuit het perspectief van kostenvergoeding (zie punt d) mogelijk moeten zijn meer intern te vergoeden dan wordt verkregen in het externe budget indien de kosten hoger zijn dan de opbrengsten. De praktijk is echter, dat ziekenhuizen voorstellen voor productie-uitbreidingen alleen verdedigen bij de zorgverzekeraar indien de extra opbrengsten de extra kosten dekken. Door er voor te kiezen de CTG-vergoeding intern door te geven (model III, zie paragraaf 4.1), plaatst de RvB zich op afstand van de divisies en neemt ze een sterk beheersmatige positie in: koppeling wordt gezien als middel om geen risico's te lopen ten aanzien van kostenbeheersing. Het risico of de tarieven de kosten dekken, wordt neergelegd bij de divisie: ze zal het er mee moeten doen. Want meer dan dat bedrag krijgt het ziekenhuis er ook niet voor (hetgeen ook niet te betwisten valt). Naarmate de RvB meer tegen de 100% aan gaat zitten, kan ze zich sterker beroepen op dit argument. Ze vermijdt daarmee discussies over de hoogte van kosten versus vergoedingen. Voor ziekenhuizen die koppeling toepassen, blijkt de nacalculatie een reden te zijn om die koppeling te intensiveren, terwijl ziekenhuizen die niet koppelen intern de druk voelen toenemen dit wel te doen.

c Organisatieontwikkeling

De organisatiestructuur en het budgetteringsmodel zijn beide belangrijke middelen waarover de RvB beschikt om de ziekenhuisdoelstellingen te realiseren. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de leden en onderdelen van de ziekenhuisorganisatie zijn met behulp van de organisatiestructuur vastgelegd (zie Keuning *et al.* 1993, p. 451). Op basis daarvan kunnen budgetten worden gedelegeerd. Budgettering dient de organisatiestructuur dus te volgen en haar tegelijkertijd te versterken. De visie op de meest wenselijke organisatiestructuur en de daarbij behorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden van organisatieonderdelen bepaalt dus mede het budgetteringsmodel. Bijna alle academische ziekenhuizen hebben in het recente verleden een proces van decentralisatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden in gang gezet. Dat heeft geleid tot zogenaamde kanteling van de organisatie, waarbij de functionele organisatiestructuur is omgezet in één met divisies die als zelfstandige zorgeenheden moeten functioneren. In het kader van integraal management hanteren sommige ziekenhuizen de visie dat ziekenhuismiddelen ook (integraal) aan die divisies beschikbaar worden gesteld welke die middelen genereren, alsmede dat zij ook de financiële risico's verbonden aan die middelen dragen (zie ook punt d). Dat leidt tot een keus voor een sterke mate van koppeling (model III, zie paragraaf 4.1). Het verschil in percentages dat ziekenhuizen bij de budgettering volgens dit model hanteren, is terug te voeren op de bekostiging van ondersteunende diensten (tenslotte moeten uit de vergoedingen alle extra kosten worden betaald). In de meeste ziekenhuizen worden die nog centraal gefinancierd, zodat het niet logisch is de gehele vergoeding aan het poortspecialisme door te geven. Bij ziekenhuizen A en C gaan de plannen om de percentages te verhogen gepaard met het voornemen ook de intern afgenomen productie te verrekenen. Bij deze ziekenhuizen bestaat een sterk streven naar integraal management op divisieniveau. Ziekenhuis B wil ook naar een dergelijk model toe, maar is nog terughoudend vanwege het ontbreken van goed zicht op de kosten van de interne dienstverlening.

d Het kunnen verstrekken van een 'reële' vergoeding aan divisies

Ziekenhuizen kijken verschillend aan tegen de vraag wat een reële vergoeding is voor extra⁸ productie van divisies en geven hiermee een eigen invulling aan doelstelling 4. Vanuit het perspectief van *opbrengstverwerking* is het reël dat degene die de opbrengsten genereert (verdient), deze ook volledig in het budget krijgt. Dit blijkt een argument te zijn voor het toepassen van

model III: vergoeding als vorm van beloning. Vanuit het perspectief van *vergoeding van gemaakte kosten* is het reëel dat de intern gegeven vergoedingen voor extra productie gelijk zijn aan de extra kosten ervan, waarbij ook rekening kan worden gehouden met de kosten van ondersteunende diensten. Als het ziekenhuis ervoor kiest om de vergoeding te baseren op de werkelijk gemaakte kosten, dan is inzicht in extra productie en de kosten ervan een belangrijke randvoorwaarde. Cruciaal is in hoeverre de budgetparameters en de daaraan gekoppelde tarieven de productie respectievelijk de kosten goed weerspiegelen. Als aan beide condities wordt voldaan, wordt het 100%-tarief bij model III toegepast. Dit blijkt in een aantal gevallen op te gaan voor de topklinische productie. Indien de parameters de productie wel goed weerspiegelen maar de vergoedingen niet overeenstemmen met de kosten, wordt gekozen voor een percentage bij model III (als benadering van de gemiddelde kosten) of voor model II. Indien de parameters de extra productie niet goed representeren maar men slaagt er wel in de extra kosten vast te stellen, valt de keus op model I. Dit model wordt ook gekozen op basis van het gedrag van kosten. Voor de personele kosten geldt bijvoorbeeld dat productieveranderingen meestal gepaard gaan met trapsgewijze veranderingen in de behoefte aan personeel. Slaagt men er niet in de omvang van de extra productie en de daarmee gemoeide kosten vast te stellen, dan blijken ziekenhuizen ook voor model III te kiezen als alternatief bij gebrek aan beter en ter voorkoming van verdere discussie (dit ondanks de lage score op doelstelling 8). Model III wordt dus niet alleen toegepast op grond van een goede representatie van productie en kosten, maar ook als het zicht daarop volledig ontbreekt. Een ander opmerkelijk punt is dat de opvattingen van ziekenhuizen sterk uiteen lopen over de mate waarin de vergoedingen voor topklinische productie wel of niet kostendekkend zijn. De mate waarin vergoedingen zijn gebaseerd op kostprijsberekeningen van de ziekenhuizen zelf en de kwaliteit ervan (met name volledigheid waar het dekking van ondersteunende diensten betreft), spelen bij die oordeelsvorming een rol. Verder kunnen door ontwikkelingen in de zorg (toenemende complexiteit en meervoudigheid van aandoeningen) kostprijsberekeningen in de loop der tijd worden achterhaald.

e Pragmatisme, transparantie en eenvoud

Bij de toekenning van extra middelen in geval van extra productie heeft de toepassing van de FB-parameters veel pragmatische voordelen (modellen II en III). In zekere zin zijn ze discussievrij: niemand kan ontkennen dat de opbrengsten van het ziekenhuis van

de productieparameters afhankelijk zijn. Bovendien loopt een ziekenhuis bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraar toch weer tegen de externe budgetparameters aan. Verder is reeds in het vorige punt gewezen op de toepassing van FB-parameters als hulpmiddel voor interne budgettering bij gebrek aan beter. Met de toepassing van organisatiebreed geldende percentages van het CTG-tarief (model III) wordt ook gekozen voor transparantie en eenvoud: bij het verrekenen van productiemutaties weten divisies direct waar ze aan toe zijn. Alhoewel niet expliciet nagestreefd, worden met een dergelijk transparant model de overheadkosten van het budgetteringssysteem laag gehouden (doelstelling 2).

Afhankelijk van het gewicht dat ziekenhuizen aan bovengenoemde factoren toekennen, leidt dat tot de keus voor de toepassing van een bepaald budgetteringsmodel.

8 Conclusies

De invoering van de FB-systematiek in 1997 vormde voor geen van de academische ziekenhuizen aanleiding om de FB-parameters te gebruiken voor het opnieuw vaststellen van de budgetten van divisies en afdelingen. Noodzaak daartoe ontbrak vanwege het budgetneutraal invoeren van de systematiek, terwijl het tevens niet haalbaar werd geacht grote budgetverschuivingen tot stand te brengen. Budgetten van divisies worden bepaald door het gerealiseerde budget van het voorgaande jaar, waar vervolgens mutaties op worden aangebracht. De wijze waarop die mutaties tot stand komen en meer specifiek de rol die FB-parameters daarin spelen (mate van koppeling), verschilt echter per ziekenhuis en binnen een ziekenhuis per soort productie en/of kostensoort. Drie modellen kunnen worden onderscheiden, te weten het berekenen van totale marginale kosten (I), het gebruik van productieparameters in combinatie met intern berekende prijzen (II) en het gebruik van productieparameters en de bijbehorende CTG-vergoedingen (III). De keuze tussen die modellen blijkt niet te worden veroorzaakt door het nastreven van verschillende op een bepaald abstractieniveau geformuleerde doelstellingen die worden beoogd met het budgetteringssysteem. Die zijn namelijk sterk eensluidend en liggen bovendien in het verlengde van de doelstellingen die de overheid nastreeft met de FB-systematiek. Een nadere invulling van de doelstellingen (zoals de visie op sturing en beheersing) en de inschatting welk middel (budgetteringssysteem) het meest effectief is die doelstellingen te realiseren in relatie tot de condi-

ties waaronder het moet functioneren, blijken wel een grote rol te spelen bij de gekozen mate van koppeling. Ziekenhuizen die sterk koppelen (III), hechten grote waarde aan het gelijkgericht zijn van interne en externe financiële prikkels, zowel vanuit het oogpunt van sturing (vertalen maatschappelijke taak naar binnen toe) als kostenbeheersing (divisies weten dat ze het zullen moeten doen met de externe vergoedingen). Verder levert model III een sterke bijdrage aan het realiseren van een besturingsmodel, waarbij divisies een grote mate van zelfstandigheid kennen en de RvB op afstand staat. Budgetmutaties zijn in grote mate discussievrij, doordat extern verkregen mutaties in hun geheel en volgens de externe systematiek intern worden doorgegeven aan degenen die ze genereren. Door deze transparantie weten divisies direct waar ze aan toe zijn bij productiemutaties.

Waar bij de toepassing van model III het wel of niet kostendekkend zijn van vergoedingen een probleem is dat op divisieniveau moet worden opgelost, zo wordt bij model II veel waarde gehecht aan het laten aansluiten van vergoedingen op kosten. Getracht wordt ongewenste financiële prikkels (sturing op geld in plaats van zorginhoud) te voorkomen, maar gelijktijdig ook aan te sluiten bij de extern gehanteerde productieparameters. Die laatste keus is gebaseerd op pragmatisme en op het feit, dat bepaalde productie wel goed tot uitdrukking komt in de parameters. Als dat laatste niet het geval is en als kosten trapsgewijs variëren met productiemutaties, kiezen ziekenhuizen voor model I. De belangrijkste reden om voor dit model te kiezen is echter, dat de interne budgettering het zorginhoudelijke beleid moet ondersteunen maar niet mag dicteren. Een sterke koppeling heeft het risico in zich dat beleidsmatig gewenste zorg niet van de grond komt als de vergoedingen lager zijn dan de kosten. Onwenselijk geachte (extra) productie zou juist worden gestimuleerd als de vergoeding daarvoor hoger is dan de kosten. Met het niet één op één doorgeven van alle middelen creëert de RvB een centrale beleidsruimte waarmee nieuwe zorgontwikkelingen kunnen worden gerealiseerd die anders niet van de grond zouden komen. Door bovendien de relatie tussen extra activiteiten en middelen niet expliciet in rekenregels te vatten, bindt de RvB de divisies sterker aan zich: voor hun extra middelen zijn divisies niet afhankelijk van een objectief verdeelsysteem, maar van de subjectieve oordelen van bestuurders.

Opvallend is dat bij ziekenhuizen waar model III wordt toegepast, de divisies dit model niet zonder meer kopiëren bij de budgettering van hun afdelingen. Veel divisies kiezen er dan voor met name model I en in mindere mate model II toe te passen. Dat heeft te

maken met het kunnen effenen van plussen en minnen van het systeem op divisieniveau, hetgeen op afdelingsniveau door de kleinere schaal niet mogelijk is. Bepaalde beleidsmatig gewenste zorgontwikkelingen komen niet van de grond als de vergoeding tekortschiet. Verder zitten zorgmanagers sterker op het zorgproces dan de RvB, waardoor zij beter kunnen beoordelen van welke meer/mindermiddelen sprake is.

Een belangrijke conclusie is verder, dat FB-parameters vooral een nadrukkelijke rol zijn gaan spelen door de invoering van de nacalculatie. Beschouwden ziekenhuizen voorheen het externe budget vooral als een zak met geld die intern moest worden verdeeld, door de nacalculatie is men zich veel bewuster geworden van de relatie tussen externe en interne middelen. Als gevolg van de hierdoor toegenomen financiële risico's is geld veel nadrukkelijker een rol gaan spelen in discussies over de besturing en beheersing van de ziekenhuisactiviteiten. Dat heeft ertoe geleid, dat toenemende financiële urgentie wordt gevoeld om de modellen II en III toe te passen c.q. het gebruik ervan te intensiveren.

9 Reflectie

Zoals gezegd hechten ziekenhuizen die sterk koppelen (model III, zie paragraaf 4.1) grote waarde aan het gelijkgericht zijn van interne en externe financiële prikkels, zowel vanuit het oogpunt van sturing als kostenbeheersing. Bij beide aspecten kunnen echter belangrijke kanttekeningen worden geplaatst. Zowel binnen de reguliere productie als binnen de topklinische productie kan de verhouding vergoeding – (marginale) kostprijs sterk verschillend uitpakken. Bepaalde topklinische productie is bijvoorbeeld lucratief, terwijl andere verliesgevend is of zelfs helemaal niet wordt vergoed in een tarief. Het is dan maar de vraag of financiële prikkels de productiesamenstelling in dezelfde richting sturen zoals die zorginhoudelijk is gewenst. Belangrijk is verder ook dat alle kosten met de vergoedingen worden gedekt, dus ook die van ondersteunende diensten. Tevens moet het budgetteringssysteem erin voorzien, dat die diensten de middelen ter dekking van hun kosten ter beschikking krijgen (bijvoorbeeld via interne verrekening). Als niet aan die voorwaarden is voldaan, neemt het financieel risico voor het ziekenhuis juist toe.

Uit het voorgaande is gebleken, dat sturing en beheersing bij alle ziekenhuizen belangrijke doelstellingen van het interne budgetteringsinstrumentarium zijn, maar dat de invulling daarvan tot de toepassing van verschillende modellen leidt. De vraag is dan waarom

ziekenhuizen tot andere invullingen komen. Het graduele onderscheid in academisch zorgprofiel tussen de acht academische ziekenhuizen lijkt hier een rol te spelen. Naarmate een ziekenhuis haar bestaansrecht sterker ontleent aan met name topreferente zorg, vormt het stimuleren van reguliere en topklinische zorg door externe financiële prikkels (model III) een grotere bedreiging. Dergelijke prikkels zal men intern willen vermijden. Ook kunnen persoonlijke voorkeuren een rol spelen. Een sterke mate van koppeling (III) maakt het bestuurders mogelijk discussies (en conflicten) uit de weg te gaan, zowel met divisie-managers als met medisch professionals. Een invulling van hun rol kan ook worden bepaald door de feitelijke mogelijkheden die bestuurders hebben op grond van hun kennis van de complexe zorgverlening en de daarvoor benodigde middelen. Bestuurders die reeds langer deel uitmaken van de organisatie hebben vaak een uitgebreid netwerk van persoonlijke relaties met managers en medisch professionals, hetgeen hen in staat stelt middelenaanvragen beter te beoordelen (en daarmee te bepalen) dan bestuurders met een kortere staat van dienst. Deze laatsten moeten noodzakelijkerwijs meer op afstand sturen en beheersen en vallen terug op de keus voor integraal management op divisieniveau met een daarop aansluitend budgetteringsmodel zoals een hoge mate van koppeling (III). Discussies over verschillen tussen vergoedingen en marginale kosten kunnen worden afgewend op het divisieniveau met als argument, dat plussen en minnen zich door hun schaalgrootte wel zullen uitmiddelen. Die verschillen kunnen binnen de divisie tevens worden aangewend voor de (voor)financiering van nieuw te ontwikkelen zorg. Sturing kan de RvB uitoefenen door voorstellen van de divisies voor nieuw beleid wel of niet te verdedigen in haar onderhandelingen met de zorgverzekeraar.

Naast een grotere bewustwording van financiële risico's en het effect op de mate van koppeling kan nacalculatie een katalyserende werking hebben voor de parameterisering van de andere budgetcomponenten van het academisch ziekenhuis. In paragraaf 3 is gewezen op het niet goed kunnen scheiden van de verschillende kerntaken. Als het ziekenhuis niet in staat is een terugval in FB-productie en daaruit voortvloeiende verlaging van middelen te laten volgen door een even sterke daling van de kosten, zal dat het ziekenhuis ertoe dwingen middelen die bestemd zijn voor andere kerntaken aan te wenden om dat tekort te dekken. Zonder dat het duidelijk zichtbaar in de output tot uitdrukking komt, wordt dan ingeteerd op andere academische kerntaken. Wat ook zou kunnen, is dat zie-

kenhuizen financieel interessante productie opvoeren met de bestaande personele bezetting, waardoor andere kerntaken minder aandacht krijgen. Om dergelijke effecten te vermijden, lijkt het noodzakelijk alle kerntaken van parameters te voorzien in termen van output en de financiering daaraan te koppelen.

De ontwikkelingen in de financiering van academische ziekenhuizen laat zien, dat de betekenis van geld meer uit de randvoorwaardelijke sfeer treedt en sterker opschuift naar een sturende rol. De vraag is wat dat uiteindelijk zal betekenen voor de toekomstige realisatie van het academische zorgprofiel. Zolang financiële prikkels gelijkgericht zijn aan zorginhoudelijke lijkt er niets aan de hand te zijn. Echter, het is maar de vraag of die gelijkgerichtheid er is. Het blijkt in de praktijk technisch lastig te zijn de academische kerntaken adequaat te parameteriseren, terwijl dat wel een noodzakelijke voorwaarde is om ongewenste substitutie-effecten te voorkomen. Onvolkomen productdefinities en prijzen kunnen leiden tot financiële sturing die zorginhoudelijk ongewenst is, zo blijkt uit de FB-systematiek. Maar ook een goede afspiegeling van producten en kostprijzen, zoals beoogd met de DBC-systematiek, kan dat effect hebben als de mogelijkheid bestaat positieve bezettingsresultaten te realiseren. De vraag is vervolgens wat er met die middelen gebeurt. Belangrijk voor het academisch zorgprofiel is dat de ontwikkeling van nieuwe zorg doorgang vindt. Creativiteit is in een academisch ziekenhuis echter duur en bovendien moeten schaarse capaciteiten beschikbaar blijven om deze belangrijke kerntaak te kunnen uitvoeren. De vraag is of het divisie-management voldoende zelf in staat is om het academisch zorgprofiel te bewaken, of dat in de toekomst een nadrukkelijk regisserende rol van de RvB vereist is om tegenwicht te bieden aan sterker wordende financiële prikkels. Het antwoord op deze vraag bepaalt welke mate van koppeling wenselijk is. Of die mate van koppeling dan ook mogelijk is (met name gezien de bestuurlijke verhoudingen), is dan een tweede vraag. ■

Literatuur

- Crom, B., (2000), Het perspectief van marktwerking voor Nederlandse ziekenhuizen, in: *Tijdschrift voor Bedrijfsadministratie*, 104^e jaargang, nr. 1234, pp. 254-266.
- CTG, (2000), *Terugblik op de academische ziekenhuizen*, Joop van den Borne.
- CTG, (2001), *Wijzigingen budgetmodel algemene ziekenhuizen*, circulaire JM/th/I/2001/14c met Beleidsregels I-460 t/m 463 en 466 en 468.
- DBC, (2002), WEB-site project DBC2003 per 17 september 2002.
- Groot, T.L.C.M., S.M.A.A. Evers en R.A.S. Wenemoser, (1996), Management accounting praktijk in Nederlandse ziekenhuizen, in: *Tijdschrift voor Bedrijfsadministratie*, 100^e jaargang, nr. 1186/1187, pp. 18-24.

- Groot, T.L.C.M. en G.J. Van Helden, (1999), *Financieel management van non-profit organisaties*, Wolters Noordhoff, Groningen.
- Keuning, D. en D.J. Eppink, (1993), *Management en organisatie – Theorie en Toepassing*, Stenfert Kroese.
- NZi, (1998), *Bekostiging bepaald: een bekostigingsmodel voor academische ziekenhuizen – deelonderzoek II*, L.J.R. Vandermeulen, M.M. van den Berg, en P.M. van Rooij, publicatienummer 198.1241, Utrecht.
- Vosselman, E.G.J., (1992) Reactie op 'Budgetteringspraktijk in Nederland' van E. de With en E. IJskes, in: *fma-Kroniek 1992* (redactie M.P.B. Bonnet, A. de Bos en J.G. Groeneveld), Samsom, Rotterdam, pp. 293-294.
- VWS, (1998), *Nota Positionering Academische Ziekenhuizen*, gericht aan de Tweede Kamer, kenmerk CSZ/ZT/9810703 d.d. 4 oktober 1998, VWS.
- VWS, (2000), *Nota Positionering Algemene Ziekenhuizen*, gericht aan de Tweede Kamer, kenmerk CSZ/ZT/2107596 d.d. 18 september 2000.
- VWS, (2002), *Brief Financieringsstructuur op basis van DBC*, gericht aan de Voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer, kenmerk DBO-CB-U-2275092 d.d. 15 mei 2002.

Noten

- 1 Bijna alle academische ziekenhuizen zijn inmiddels gefuseerd met de aan hen gelieerde Faculteit der Geneeskunde (Medische Wetenschappen). Dit geheel wordt dan aangeduid met de term universitair medisch centrum waarvan het ziekenhuis een belangrijk deel uitmaakt. Dit onderzoek legt de nadruk op de academische ziekenhuizen sec. Dat betekent ook, dat waar gesproken wordt over het externe budget en percentages daarvan, de opbrengstkant van de enkelvoudige resultatenrekening in beschouwing is genomen.
 - 2 Reeds enkele jaren wordt met grote inspanning gewerkt aan de ontwikkeling van DBC's. In 2003 zal de ziekenhuizen en zorgverzekeraars de mogelijkheid worden geboden met enkele DBC's te onderhandelen over productie en vergoedingen voor ziekenhuiskosten en artsenhonorarium. In 2004 zal de DBC-systeem integraal worden ingevoerd, zij het met het toepassen van vangnetten voor het opvangen
- van financiële risico's en herallocaties. In 2006 zullen de vangnetten worden opgeheven en ontstaat het eindmodel met vrije onderhandelingen over prijs en volume van DBC's.
- 3 Een uitzondering is gemaakt, namelijk voor ziekenhuis E. In 2002 is de interne budgettering van dat ziekenhuis zo fundamenteel gewijzigd ten opzichte van 2001, dat voor dit ziekenhuis is uitgegaan van de nieuwe situatie in 2002.
 - 4 Topklinische zorg wordt in het spraakgebruik ook wel aangeduid als WBMV-zorg, omdat ze onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen valt. Deze term wordt in dit artikel vermeden.
 - 5 We zien hier gemakshalve af van geldstromen uit hoofde van subsidies (bijvoorbeeld van de Hartstichting), verrichtingen verleend ten behoeve van derden (zoals huisartsen) en andere dienstverlening ten behoeve van derden (zoals verstrekken van maaltijden, administratieve diensten). Alhoewel het hier om significante geldstromen kan gaan, is de omvang relatief gering binnen de totale ziekenhuismiddelen.
 - 6 De auteur is zich bewust van het feit dat de doelstellingen die financieel-economisch directeuren nastreven met het budgetteringsstelsel, niet per definitie gelijk zijn aan die van de RvB. Zie ook de opmerkingen van Vosselman (1992). Deze beperking moet bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten in acht worden genomen.
 - 7 De kwalificatie van de scores is gebaseerd op de frequentie waarin bepaalde scores voorkomen. Laag = score 1 en 2, relatief laag = evenwichtige spreiding van scores 1, 2 en 3, gemiddeld = score 3, relatief hoog = evenwichtige spreiding van scores 3, 4 en 5 en hoog = scores 4 en 5 bij zeven van de acht ziekenhuizen. Indien één van de acht ziekenhuizen een sterk afwijkende score heeft, dan wordt die buiten beschouwing gelaten bij deze kwalificatie, het gaat tenslotte om het beeld per model.
 - 8 Ten behoeve van de leesbaarheid zal worden gesproken over productie-uitbreiding. Dezelfde redenering is van toepassing op productievermindering.

Appendix

Lijst van gebruikte afkortingen

CTG	College Tarieven Gezondheidszorg (overheidsorgaan dat de hoogte van de tarieven in de gezondheidszorg bepaalt)
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie (nieuwe typering van zorgproducten in de ziekenhuizen welke een belangrijke rol zullen spelen bij de vaststelling van het ziekenhuisbudget)
FB	Functiegerichte Budgettering (huidig bekostigingsstelsel van ziekenhuiszorg waarvan de bestaande productieparameters zullen worden vervangen door DBC's)
NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut (voormalig wetenschappelijk bureau; opgegaan in het onderzoeksinstituut Prismant)
OCenW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (Ministerie van)
RBM	Rijksbijdragemodel (financieringsmodel voor de bekostiging door OCenW van onderwijs en onderzoek in het academisch ziekenhuis)
RvB	Raad van Bestuur
VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen (vereniging die de gezamenlijke belangen van de academische ziekenhuizen behartigt)
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van)